

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

François METZGER

Né le 8 Mars 1914, à PARIS, (Seine)

Ancien Interne provisoire des Hôpitaux de Paris

TENDANCES ACTUELLES
DU TRAITEMENT
DU LUPUS PITUITAIRE

Président : M. GOUGEROT, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

1441

1441

ANNEE 1939
—

THÈSE

N°
—

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

François METZGER

Né le 8 Mars 1914, à PARIS, (Seine)

Ancien Interne provisoire des Hôpitaux de Paris

TENDANCES ACTUELLES DU TRAITEMENT DU LUPUS PITUITAIRE

Président : M. GOUGEROT, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1939

I. — Professeurs

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	LEON BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DESBRE.
Pathologie médicale et générale	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ADRAMI.
Anatomie pathologique	MONDOR.
Histologie	LEROUX.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD
	LAIGNEL-
	LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	Marcel LABBE.
	CLERC.
	LEREBOULLET
Hygiène et clinique de la première enfance	NOBECOURT.
Clinique des maladies des enfants	H. CLAUDE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GOUGEROT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GUILLAIN.
Clinique des maladies du système nerveux	LEMIERRE.
Clinique des maladies infectieuses	CUNEO.
	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GREGOIRE.
	LENORMANT.
	TERRIEN.
Clinique ophtalmologique	CHEVASSU.
Clinique urologique	LEVY-SOLAL.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique	OMBREDANNE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	RATHERY.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Pierre DUVAL
Clinique thérapeutique chirurgicale	VILLARET.
Clinique propédeutique	TROISIER
Clinique de la Tuberculose	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	Clovis VINCENT.
Clinique de neuro-chirurgie	LAUBRY.
Clinique cardiologie	N...
Assistance médico-sociale	HAZARD.
	HOVELACQUE
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE
Professeurs sans chaire	

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.
AMELINE	DE GAUDART
BARIETY	D'ALLAINES ..
FENARD Henri	GAYET
BERNARD Et. .	DE GENNES ...
BESANÇON (J.).	GIROUD
BOULIN	HAGUENAU
BULLIARD	HALPHEN
CATHALA	HUGUENIN
COSTE	JOANNON
CHEVALLIER ..	LACOMME
DOGNON	LANTUEJOUL ..
FUNCK-	LAROCHE Guy.
PRENTANO....	LAVIER
FEY	LELONG
GAILLARD	
GASTINEL	

Pathologie chirurgicale.
 Physiologie.
 Pathologie médicale.
 Histologie.
 Pathologie médicale.
 Oto-rhino-laryngologie.
 Anatomie pathologique.
 Hygiène.
 Obstétrique.
 Obstétrique.
 Pathologie médicale
 Parasitologie.
 Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{re} J.) Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT.

DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE.. Médecine légale
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.
 HEITZ-BOYER.. Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale
 NEVEU-
 LEMAIRE.. Parasitologie.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE.. }
 AUBERTIN }
 BRULE }
 CHABROL }
 DONZELOT }
 DUVOIR }
 LIAN }
 PASTEUR-VAL }
 LERY-RADOT.. }
 SEZARY }

Clinique médicale

MM.

BASSET }
 BROcq }
 CADENAT }
 GATELLIER ... }
 MOURE }
 QUENU }
 VELTER }

Clinique chirurgicale

ECALLE }
 METZGER }

Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé
 LEDOUX-LEBARD
 RUPPE
 WEILL-HALLE

Education physique.
 Radiologie clinique.
 Stomatologie.
 Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

En témoignage de ma très grande reconnaissance et de ma profonde affection.

A MA FAMILLE

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552417_0077

A MONSIEUR LE PROFESSEUR H. GOUGEROT

Professeur de Clinique Dermatologique et Syphilitique
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

*Qui a bien voulu accepter la présidence
de cette thèse, en témoignage de respec-
tueuse gratitude.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHET

O. R. L. de l'Hôpital Saint-Louis

*Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse et
prodigué ses précieux conseils.*

*Hommage respectueux de ma profonde
gratitude et de mon sincère attachement.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR FOUQUET

Assistant d'O R. L. à l'Hôpital Saint-Louis

*Qui m'a guidé avec tant de bienveillance
dans la technique de ce travail.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de ma très vive reconnaissance.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR GAUTIER

Médecin de l'Hôpital Lariboisière

*Hommage de mon fidèle attachement pour
la bienveillance qu'il m'a toujours témoignée.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

Stage :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD
MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO
MONSIEUR LE DOCTEUR HALLE
MONSIEUR LE DOCTEUR GRENET

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR CHEVRIER
MONSIEUR LE DOCTEUR GARCIN
MONSIEUR LE DOCTEUR RIST
MONSIEUR LE DOCTEUR GAUTIER
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEVY-SOLAL
MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHET

Internat provisoire :

MONSIEUR LE DOCTEUR GARCIN
MONSIEUR LE DOCTEUR GAUTIER
MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT
MONSIEUR LE DOCTEUR MOLLARET

AVANT-PROPOS

Les traitements préconisés contre le lupus pituitaire sont multiples, nous n'avons pas pour but de les passer en revue ici.

Sans contester les succès indiscutables des méthodes utilisant des agents chimiques caustiques ou des agents physiques, la Finsen-thérapie en particulier, il semble acquis actuellement que, parmi les procédés utilisés, l'application des courants de haute fréquence sous ses deux formes : diathermo-coagulation et étincelage, occupe le premier rang.

Ce fait légitime la limitation volontaire du sujet de cette thèse.

C'est, en effet, dans le cadre de cette dernière méthode que nous étudierons les conceptions qui se sont succédé dans les modalités d'application de la diathermo-coagulation et de l'étincelage de haute fréquence, pour tenter ensuite de synthétiser les tendances actuelles du traitement du lupus nasal par ce procédé.

La base de ce travail nous a été fournie par les observations de cas, particulièrement nombreux, traités à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du

Docteur Bouchet, par son assistant le Docteur Fouquet. Les conseils qu'ils nous ont prodigués avec tant de bienveillance, nous ont permis de bénéficier de leur grande expérience pour mener à bien cette étude

RAPPEL HISTORIQUE ET EVOLUTION DE L'UTILISATION DES COURANTS DE HAUTE FREQUENCE

L'application des courants de haute fréquence est une des acquisitions les plus récentes de la physiothérapie, elle est née des travaux de d'Arsonval.

« L'effet thermique » est d'abord seul recherché. Introduite en 1909 par Doyen dans le domaine de la chirurgie générale, mais fondée sur des espoirs exagérés, la diathermie tombe dans l'oubli. La chirurgie spéciale la reprend à son tour, elle est utilisée avec succès en urologie en 1911 par Heitz-Boyer et Cottenot. Ce n'est que plus tard que « l'effet Tension » des courants de haute fréquence va être utilisé.

L'étincelle de tension a été vulgarisée en France par Heitz-Boyer qui, en urologie, préconise son emploi pour la destruction des tumeurs vésicales. Ces étincelles tirées du résonateur de Oudin sont obtenues par variations inverses du voltage et de l'amperage.

A quelle époque ces deux modalités d'application des courants de haute fréquence vont-elles passer dans le domaine de l'oto-rhino-laryngologie, et en particulier dans la thérapeutique du lupus pituitaire ?

Pour la clarté du court exposé qui va suivre, nous schématiserons en quatre étapes, un peu arbitrairement peut-être, les conceptions qui se sont succédé quant à l'emploi des courants de haute fréquence pour la lutte contre le lupus pituitaire.

1° La diathermo-coagulation est seule employée ;

2° L'étincelage de tension vient la compléter ,

3° On tend à accélérer le traitement pour prévenir les récidives ;

4° La tendance actuelle dont le but est de traiter, dans les formes cutanéomuqueuses, pituitaire et peau, en une même séance chirurgicale et diathermique.

La diathermo-coagulation employée seule

Dès 1912, Bourgeois et Poyet introduisent la diathermo-coagulation en oto-rhino-laryngologie, mais en raison des dangers possibles de la méthode, ils ne l'utilisent que comme moyen de destruction des tumeurs malignes ; bientôt, grâce à l'adaptation de courants mieux étudiés, ils en élargissent le champ d'action et traitent d'autres affections relevant de leur spécialité, la tuberculose nasale, en particulier.

Dans une communication sur l'électro-coagulation en O.R.L., publiée en 1923, ces auteurs exposent en détail les résultats de leurs travaux et regrettent que la diathermo-coagulation n'occupe pas dans cette spécialité la place à laquelle elle aurait droit. Par ce travail de base, ils donnent une place de choix, incontestée depuis, à la diathermo-coagulation

dans le traitement du lupus pituitaire où les résultats sont particulièrement favorables. Après avoir décrit les appareils utilisés, les techniques générales et particulières, ils résument, appliqués au traitement du lupus pituitaire, les indications et les avantages de la méthode.

*Indications et avantages
de la diathermo-coagulation.*

La diathermo-régulation permet de détruire les masses oblitérantes et de rétablir la perméabilité nasale.

Les différents foyers étant repérés, ceux-ci sont ensuite traités individuellement avec une électrode sèche.

L'essaimage est peu à redouter, puisqu'elle rend possible un véritable barrage lymphatique périphérique.

Ses caractères bactéricides manifestes permettent son emploi dans des cavités infectées.

L'hémorragie est rare, à condition qu'on ne cherche pas à détacher l'escarre.

On peut agir de façon rapide sans risquer les synéchies des lésions qui se font vis-à-vis.

Sous l'influence de ce traitement, on obtient une amélioration rapide des lésions, une sédation remarquable des douleurs occasionnées par les fissures et les rhagades qui siègent si souvent à l'union de la muqueuse et de la peau.

Inconvénients de la méthode.

Des inconvénients doivent par contre être signalés :

Appliquée au traitement des lésions muqueuses superficielles, si fréquentes, la diathermo-coagulation entraîne des délabrements inutiles et devient trop mutilante.

La profondeur de l'action coagulante peut entraîner des nécroses cartilagineuses de la charpente de la pyramide nasale, que seul peut éviter l'emploi d'électrodes humides.

L'escarre obtenue est massive, elle ne s'élimine en moyenne qu'au bout d'une vingtaine de jours ; elle oblige, par là-même, à espacer les séances de traitement et rend moins active la lutte contre les récidives locales.

L'étincelage de tension

L'étincelage de tension fait son apparition. Son emploi représente une étape importante dans le traitement du lupus pituitaire.

Après avoir traité par ce procédé un grand nombre de malades à l'hôpital Laënnec, Bourgeois et Fouquet résumant, dans une communication en 1927, les avantages de l'étincelage de tension, méthode complémentaire de la diathermo-coagulation.

Une thèse très complète de Marion (1928), au sujet du traitement des laryngites tuberculeuses, met définitivement au point la technique de ce procédé.

Précisons les avantages et les indications de l'étincelage de tension.

Avantages :

Les applications sont très peu douloureuses, les patients les supportent aisément, aussi bien au moment de l'intervention que dans les jours qui suivent.

L'escarre obtenue est superficielle, simple pellicule ne dépassant pas 1 à 2 m/m. de profondeur sans coagulation massive ; son élimination en 6 à 8 jours environ, délai beaucoup plus court que dans la diathermo-coagulation, permet de rapprocher, si besoin, les séances à une semaine d'intervalle.

Après la chute de l'escarre, la muqueuse est normale dans 99 % des cas, toujours très souple et sans tendance à la sclérose.

Domaine :

L'étincelage est l'arme de choix contre :

— Les lésions superficielles et diffuses, réparties sur une grande surface de la muqueuse, septum, plancher des fosses nasales, cornet inférieur.

— Les lésions qui siègent soit à l'angle rentrant antérieur du vestibule et de la cloison, soit sur la partie basse de la sous-cloison qu'il importe de respecter à tout prix, soit enfin au méat inférieur où doit être évitée la sténose de l'orifice inférieur du canal lacrymal.

L'étincelage est donc une méthode complémen-

taire et non substitutive de la diathermo-coagulation.

Dans une communication récente (20 juin 1938) à la Société de Laryngologie, notre Maître, le Docteur Bouchet et son assistant, le Docteur Fouquet, précisent leurs indications respectives, ce sont

— Les lésions circonscrites, la tumeur lupique septale, la forme ulcéro-végétante ; elles doivent être attaquées et détruites largement par diathermo-coagulation.

— Les lésions nodulaires, les récidives locales auxquelles sera réservé l'étincelage de haute fréquence.

Tendance à accélérer le traitement

Muni de cette arme extrêmement souple, facilement adaptable à toutes les exigences thérapeutiques, que constituent ces deux procédés complémentaires, on tend à rapprocher les séances pour lutter contre les récidives que la surveillance des malades montre fréquentes.

Grâce à l'étincelage, il est possible de répéter ces « retouches locales » dans des délais très rapprochés, en un mot, à accélérer le traitement et à prévenir les récidives, ou à les traiter dès leur apparition.

Tendance actuelle

Elle consiste à traiter pituitaire et peau dans une même séance chirurgicale et diathermique, s'il s'agit de formes cutanéomuqueuses.

L'évolution désespérément récidivante du lupus pituitaire est un de ses caractères les plus marquants.

Affection peu virulente, mais de malignité locale très réelle, véritable ulcère qui évolue lentement dans la profondeur des tissus, envahit à distance lymphatiques et peau, il semble logique de le traiter en conséquence.

L'idéal serait donc de détruire les lésions cutanées et muqueuses, au cours d'une intervention d'emblée très énergique, véritable séance chirurgicale et diathermique unique. Mais il est bien évident que ceci est, dans la pratique, d'une réalisation difficile, les lésions lupiques sont loin d'être toujours confluentes, ou même simplement groupées, et la thérapeutique reste l'art des possibilités.

Pratiquement, on agit de la façon suivante :

Dans la majorité des cas, on traite le lupus cutané-muqueux en plusieurs fois : deux à trois séances.

Dans un lupus donné, on s'efforce de détruire, en une fois : soit un groupe de lésions confluentes, soit la lésion princeps, de façon aussi complète que possible.

Les îlots cutanés aberrants, les lésions muqueuses diffuses feront l'objet de séances ultérieures.

Ainsi, il est rarement possible de détruire de façon complète la totalité des lésions. Une surveillance périodique et prolongée est nécessaire. Le rôle du dermatologiste est ici important, sa collaboration précieuse ; elle s'est affirmée, en particulier, au cours

du traitement d'un certain nombre de malades dont nous présentons les observations.

Le type même de cette collaboration se trouve réalisé à l'hôpital St-Louis. Nombre de malades atteints de formes cutanéomuqueuses, traitées par finsynthérapie dans le service du Professeur Gougerot, par le Docteur Jean Meyer, sont envoyés dans le service du Docteur Bouchet pour vérification de leur état endonasal et, éventuellement, traitement des lésions.

Les résultats obtenus sont véritablement encourageants.

Notre intention n'est pas de traiter ici des possibilités de la finsynthérapie qui a fait l'objet de nombreux travaux d'auteurs français et étrangers.

LE PRINCIPE DE LA METHODE

L'application des courants de haute fréquence se fait suivant deux modalités :

- 1° La diathermo-coagulation ;
- 2° L'étincelage.

L'une et l'autre ayant une action différente sur les tissus.

La diathermo-coagulation

On utilise les courants de haute fréquence obtenus sous faible voltage, mais d'une grande intensité.

La résistance qu'offrent les tissus traversés par ce courant électrique, de forme particulière, a pour conséquence la production d'un échauffement considérable.

Fait intéressant, la chaleur dégagée se développe au sein même des tissus traversés par eux, véritable phénomène thermique endogène. (Rapport sur la diathermie en O.R.L. 1924). De plus, la notion de la densité électrique intervient également en ce sens que l'effet calorique est d'autant plus localisé et plus profond que la surface de section de l'électrode est plus petite.

Deux types de diathermo-coagulation peuvent être

employés suivant qu'on fait usage d'une ou de deux **électrodes actives** :

1° *L'application type monopolaire* utilise une électrode active, une électrode indifférente. Cette dernière présente une large surface de contact avec les téguments du malade, et ne développe, en conséquence, aucune réaction diathermique dans son voisinage. Le dispositif employé par Bourgeois et Poyet réalise un véritable siège condensateur qui a pour effet de supprimer tous les phénomènes d'ordre faradique toujours désagréables pour le malade. L'électrode active présente, au contraire, une surface de section minime. Suivant sa forme, les effets obtenus **sont variables** :

La boule olivaire obtient une coagulation relativement superficielle.

L'électrode antidérapante, grâce à de fines pointes de 1 à 2 m/m de longueur, évite à la fois le dérapage et l'étincelle de rupture.

L'électrode en pointe permet une action destructrice en profondeur.

2° *La diathermo-coagulation en bipolaire* utilise deux électrodes actives (soit deux boules, soit deux pointes) séparées l'une de l'autre par une distance de 4 millimètres. L'action coagulante est ainsi précise et limitée.

L'étincelage

Un contact manœuvré au pied permet de faire passer le courant pendant deux ou trois secondes. L'in-

tensité du courant employé est de 300 à 400 milli-ampères.

Représente la deuxième modalité d'application des courants de haute fréquence. L'étincelle froide de Heitz-Boyer est obtenue par l'interposition dans le circuit diathermique d'un résonateur de Houdin. L'intensité du courant est très faible, elle contraste avec un voltage considérable.

L'étincelage a été préconisé par Bourgeois, Poyet et Fouquet (communication août 1927).

On emploie l'électrode de Poyet ; celle-ci comporte un manche isolant en ébonite, une tige conductrice, véritable mandrin, introduite dans un tube isolant en pyrex, plus long qu'elle ; le bout de la tige est ainsi maintenu à une distance constante de la surface à traiter. Cette disposition permet à l'étincelle de se produire dans une véritable chambre d'éclatement, elle porte dans une direction nettement déterminée.

Avant l'application, il est bon de vérifier la qualité de l'étincelle qui doit être dense et d'un régime régulier.

On fait passer le courant pendant un temps de 2 à 10 secondes, on entend alors un « bruit de friture », crépitement tout à fait caractéristique.

Rappelons la différence qui résulte de l'application au sein des tissus de la diathermo-coagulation ou de l'étincelage :

La première agit en profondeur par coagulation massive des albumines cellulaires, situées sur le pas-

sage du courant, au voisinage de l'électrode active ; elle produit une escarre épaisse qui ne s'élimine qu'au bout de trois semaines et aboutit à la destruction en masse des tissus.

L'étincelle froide crée à son point d'application une véritable « dislocation cellulaire » circonscrite, dont la profondeur ne dépasse pas 2 millimètres.

LE LUPUS PITUITAIRE

ORIGINE PRESQUE CONSTANTE DES LÉSIONS CUTANÉES

Avant d'entreprendre en détail le traitement du lupus pituitaire, dans les cas concrets, tels qu'on les observe en clinique, il nous paraît utile de rappeler en quelques mots les notions actuellement admises, touchant les rapports d'ordre pathogénique entre les localisations pituitaires et cutanées des lésions lupiques.

Nous insisterons, en particulier, sur les conséquences thérapeutiques qui en découlent.

De nombreux auteurs s'accordent pour reconnaître « qu'on ne peut dissocier le lupus cutané de la face » « du lupus pituitaire » (Terracol), que « la fosse nasale est le véritable berceau du lupus » (Dresh) et que l'infection tuberculeuse partie de la muqueuse se propage à la peau par voie lymphatique.

Cette notion est jugée trop absolue par d'autres qui pensent, avec raison, qu'il existe des lupus cutanés primitifs.

Il n'en reste pas moins vrai que l'association des lésions cutanées et muqueuses est fréquente, et que la constatation de lésions cutanées nasales commande la recherche de localisations endo-nasales.

C'est dire l'intérêt des relations étroites qui doivent exister entre dermatologistes et rhinologistes.

Nous envisagerons successivement les traitements :

- 1° Du lupus pituitaire seul ;
- 2° Du lupus nasal cutanéomuqueux ;
- 3° Du lupus pituitaire avec propagations lymphatiques manifestes.

Mais, au préalable, nous étudierons les modes d'anesthésie employés au cours du traitement.

L'ANESTHESIE

Nous n'insisterons pas sur l'importance toute particulière qui s'attache à l'obtention d'une bonne anesthésie, au cours de la véritable intervention que constitue le traitement du lupus nasal.

De plus, il y a lieu de remarquer que celui-ci se développe avec prédilection chez des sujets pusillanimes : femmes, individus jeunes, dont les réactions peuvent rendre très difficile, sinon impossible, le traitement correct de lésions étendues et profondes.

La destruction des lésions endo-nasales siégeant au niveau du plancher entraîne des douleurs vives avec irradiation au niveau des gencives.

L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE PAR INHALATION a été longtemps employée, lorsque l'état des lésions nécessitait une intervention importante.

L'éther était formellement proscrit du fait de son inflammabilité.

On avait, en général, recours *au chloroforme*, dont on donnait, par intermittence, quelques bouffées au malade (anesthésie à la reine).

Ce type d'anesthésie présentait un inconvénient réel : la présence tout à fait indésirable du masque, gêne sérieuse pour l'opérateur.

Quels sont les autres modes d'anesthésie proposés ?

Nous discuterons successivement :

L'anesthésie locale par imbibition ;

L'anesthésie à distance empruntant les voies rectale ou veineuse.

Les unes et les autres ont à leur actif des avantages et des inconvénients.

L'anesthésie locale dont le but est d'insensibiliser électivement la région à traiter est possible pour une application très limitée et superficielle. On peut utiliser la solution de cocaïne au 1/10^e fortement adrénalinée, ou mieux, l'attouchement de la muqueuse au mélange de Bonain. L'anesthésie limitée au seul endroit à étinceler demande une dizaine de minutes.

Sa durée d'action varie suivant les malades de 20 à 30 minutes. Dans l'anesthésie, il faut vouloir ne pas aller trop vite et savoir attendre, moyennant quoi, on gagne du temps sur l'ensemble et les malades sont calmes et dociles.

Mais cette anesthésie locale qui répond à une séance d'étincelage ou de diathermo-coagulation très limitée, est insuffisante dès qu'il s'agit de poursuivre les lésions en profondeur.

L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE PAR VOIE RECTALE présente des avantages et des inconvénients.

Ses avantages sont ceux de toute anesthésie à distance, elle laisse une entière liberté de manœuvre à l'opérateur.

Le tribromo-éthanol qu'on utilise le plus souvent est d'un emploi facile. Chez les sujets pusillanimes,

en particulier, toutes les sensations désagréables d'une anesthésie par inhalation sont évitées.

Mais en contre-partie cette narcose convient avant tout aux sujets robustes, et en outre, le temps d'attente entre l'administration du produit et l'apparition d'un sommeil utilisable (20 à 30 minutes) est trop prolongé.

D'autre part, la durée de la narcose elle-même convient surtout à des interventions importantes, justifiant une obnubilation post-opératoire qui peut persister 6 à 12 heures, donc hors de proportion avec le temps nécessaire à la destruction des lésions lupiques.

L'ANESTHÉSIE PAR VOIE VEINEUSE se révèle d'une utilisation particulièrement pratique, grâce à l'Evipan sodique.

Ses avantages sont indiscutables. Après une période de tâtonnements, de corrections de technique, elle ne donne plus aujourd'hui que des narcoses parfaites.

Le sommeil apparaît très rapidement après l'injection et d'une façon très agréable. La durée de la narcose qui est de 10 à 20 minutes est largement suffisante pour permettre une intervention sur un foyer lupique, et le malade se réveille ensuite très rapidement.

Ses contre-indications sont le fait de la grande insuffisance hépatique, la syphilis hépatique, des troubles circulatoires manifestes, qui doivent faire écarter l'emploi de ce produit.

EN CONCLUSION, parmi les modes d'anesthésie que nous avons passés en revue et dont nous avons pesé avantages et inconvénients, notre préférence va à la voie veineuse, grâce à l'utilisation de l'Evipan sodique. Cette narcose semble, par sa facilité d'emploi et par sa durée, particulièrement bien adaptée aux besoins d'une intervention telle que le traitement du lupus nasal.

TECHNIQUE DE L'ANESTHÉSIE A L'ÉVIPAN SODIQUE.

L'anesthésie à l'Evipan demande une certaine habitude pour être bien conduite.

SOINS PRÉ-OPÉRATOIRES. — *L'administration d'un pré-narcotique*, ménage le psychisme et chez les nerveux et les anxieux, elle supprime toute appréhension.

L'emploi de certaines préparations morphiniques, se révèle d'un usage plus efficace que la morphine, le sedol ou le Pantopon.

Le Duna — 13 en particulier, réalisé par l'association de phényl propionate de morphine à la dose d'un centigramme, de phényl propionate d'éphédrine et de bromhydrate de scopolamine, injecté par la voie sous-cutanée, une heure avant l'opération, facilite grandement l'anesthésie ; mais administré seul, il serait insuffisant pour le traitement du lupus.

Enfin, il convient de veiller à ce que le malade ne soit pas opéré en état de réplétion gastrique.

Préparation de la solution d'Evipan sodique. — La préparation de la solution à 10 % se fait extempora-

nément de la façon suivante : pour dissoudre un gramme d'Evipan sodique, on introduit dans l'ampoule 2 à 3 cm³ des 10 cm³ d'eau distillée, de cette façon, la poudre est soulevée, et en agitant, elle se dissout rapidement. On utilise ensuite l'eau distillée restante de l'ampoule, en brassant à l'aide de la seringue, jusqu'à obtention d'une solution parfaitement homogène.

Administration du barbiturique et surveillance de l'anesthésie. — L'injection intra-veineuse peut se pratiquer sur la table d'opération.

La posologie est très variable suivant les sujets et les doses doivent être fixées d'après les réactions que présente le malade pendant l'injection. On injecte lentement à cadence uniforme, 2 ou 3 cm³ de la solution d'Evipan sodique, on laisse l'aiguille d'injection en place pendant une minute, le temps de permettre à la substance narcotique de se répartir de façon uniforme.

Afin de profiter de toute la durée du sommeil, on peut demander au malade de compter, et commencer l'intervention dès qu'il devient impossible pour lui de continuer à le faire ; dès ce moment, il importe d'empêcher la chute de la mâchoire. On peut injecter le reste de la dose jugée nécessaire à une vitesse un peu plus accélérée : 15 secondes par centimètre cube, par exemple.

Des résultats satisfaisants sont obtenus avec 6 à 8 cm³ de la solution ; une dose beaucoup moins élevée : 2 cm³ suffisent chez les débilités.

Repères cliniques qui permettent d'apprécier que la concentration intérieure en narcotique est suffisante.

Ce sont :

Le rythme respiratoire, qui est un des meilleurs critères.

La disparition de la contraction de défense qui se manifeste par le réflexe palpébral qui doit être aboli, le gémissement qui traduit une contraction du larynx sous l'effet de la douleur perçue par la moelle, la contracture d'un segment du corps et d'un groupe musculaire quelconque.

L'apparition d'un de ces symptômes de défense médullaire doit mettre en garde contre le réveil prochain et commander l'injection d'un demi centimètre cube du produit. Mais la désintégration relativement lente du barbiturique, à raison de 1 cm³ environ en 20 minutes, ne rend nécessaire qu'une seule injection, dans le cas de l'intervention relativement courte qui nous intéresse.

La possibilité de maintenir le milieu intérieur du malade à une concentration très voisine de la concentration minima d'anesthésie chirurgicale, permet d'obtenir un réveil assez rapide et dépourvu de complications.

CONDUITE DU TRAITEMENT DU LUPUS PITUITAIRE

Pour la clarté de l'exposé qui va suivre, nous étudierons le traitement du lupus pituitaire suivant son stade évolutif et l'importance des lésions à traiter.

Nous aborderons donc successivement :

I. — Les lésions lupiques pituitaires sans aucune propagation cutanée ou ganglionnaire :

a) les lésions localisées au septum,

b) les lésions intéressant les tissus au voisinage de la sous-cloison.

II. — Les lésions endo-nasales propagées à la peau ou généralisées :

a) les lésions ayant envahi la pyramide nasale, mais restant limitées à elle seule,

b) les lésions étendues et végétantes, mais restant circonscrites,

c) les lésions accompagnées d'une réaction ganglionnaire manifeste entraînant des lésions cutanées à distance.

Lésions lupiques pituitaires sans propagation cutanée ni ganglionnaire

Nous n'observerons ici, ni atteinte cutanée, ni propagation lymphatique cliniquement décelable.

SOINS PRÉ-OPÉRATOIRES.

Dans les jours qui précèdent l'acte thérapeutique, il est nécessaire de réaliser une désinfection aussi complète que possible des fosses nasales. On l'assure par des instillations répétées plusieurs fois par jour d'une solution de MnO_4K à 1/2000^e. De plus, ceci a l'avantage de déterger facilement l'enduit croûteux qui recouvre si souvent les lésions lupiques.

Suivant les cas, on emploie l'anesthésie locale ou l'anesthésie générale ; cette dernière est nécessaire chez l'enfant, même s'il ne présente que des lésions minimes.

Si l'anesthésie locale peut suffire, on la réalise grâce à la mise en place de mèches imbibées d'une solution de cocaïne à 1 p. 10 fortement adrénalinée.

Un repérage soigneux permet de se faire une idée exacte des lésions nasales que caractérisent :

— Leur siège : habituellement le 1/3 antérieur de la cloison dans sa partie cartilagineuse, l'angle rentrant antérieur du vestibule, le plancher des fosses nasales, la tête du cornet inférieur.

— L'aspect objectif des lésions lupiques qui est variable ; leur polymorphisme même, est un de leurs caractères le plus frappant : tantôt simples, ce sont de simples petits tubercules rouges ou brunâtres, isolés ou confluent, sous forme de petites tumeurs mamelonnées séparées par des sillons irréguliers, tantôt, à un degré de plus, on trouve des végétations qui, lorsqu'elles sont volumineuses, peuvent obstruer une fosse nasale.

Il est difficile de se faire une idée de la profondeur des lésions, elle est particulièrement importante à apprécier au niveau du cartilage septal qui se trouve perforé dans 45 % des cas ; la perforation est parfois insoupçonnée, car elle se dissimule sous le bourgeonnement, les granulations et les croûtes ; on doit toujours la rechercher avec un stylet. Sa progression est marquée par des bords épais par endroits, ailleurs végétants ou cicatriciels.

Seule, une rhinoscopie attentive permet de se rendre compte de ce qui doit être détruit ou respecté ; c'est seulement après cet examen que l'on peut compléter l'anesthésie locale par attouchements de Bonain qui blanchissent et modifient l'aspect des lésions.

Ainsi, l'analyse de ces dernières permet de distinguer plusieurs cas :

a) Le processus lupique est localisé au septum qu'il infiltre.

Afin d'obtenir un résultat durable, on cherche actuellement à obtenir une destruction en profondeur, véritable volatilisation de la zone septale infiltrée, sans s'inquiéter d'un délabrement souvent considérable, mais en respectant toujours la sous-cloison, c'est là un fait capital ; seule la diathermo-coagulation permet d'obtenir ce résultat.

Utilisée en mono-polaire pointe, ou au besoin en bipolaire, elle détruit en masse toutes les lésions ; en débordant, si possible, en tissu sain, on obtient un véritable blocage lymphatique qui évite la diffusion de l'infection.

Si les lésions sont très infiltrantes en profondeur, en particulier s'il existe une perforation du septum, il ne faut pas hésiter à l'aborder sur ses deux faces, par l'une et l'autre fosse nasale successivement.

Grâce à cette voie d'abord bilatérale, toute la zone atteinte du septum cartilagineux perd ses connexions vasculaires, elle sera éliminée plus tard à la façon d'une escarre.

SUITES ET SOINS POST-OPÉRATOIRES.

Ceux-ci comportent la mise en place de mèches huilées antiseptiques ou de tulle gras Lumière, qui, par leur présence, réduisent au minimum les phénomènes infectieux. Ces pansements gras seront renouvelés tous les jours la première semaine, puis tous les deux ou trois jours, jusqu'à élimination de l'escarre.

Chute de l'escarre. — L'escarre qui s'est formée après l'intervention ne tombe qu'au bout de 12 à 20 jours, en moyenne vers le 18^e jour ; il n'est pas rare d'observer, à ce moment, une réaction focale inflammatoire, pénible pour le malade et responsable d'un exsudat muco-purulent.

La chute de l'escarre :

Dans la règle, ne s'accompagne pas d'hémorragie ; rarement (2 à 3 $\frac{0}{10}$ des cas), elle entraîne une hémorragie, mais celle-ci est toujours peu abondante et facilement maîtrisée.

Signalons, à ce propos que, dans certains cas, l'es-

carre peut rester longtemps adhérente ; il est alors très recommandé d'attendre son élimination spontanée et complète. Les manœuvres intempestives que l'on pourrait tenter dans le but d'en hâter la chute, sont le grand facteur d'hémorragie.

A la place de l'escarre, apparaît la large perforation artificiellement créée. L'idéal serait d'obtenir un orifice dont les bords auraient une tranche lisse et nette, c'est en pratique difficilement réalisable.

Presque toujours, en effet, on constate la présence de formations nodulaires récidivantes sur la tranche ou au voisinage de la perforation septale ; il est très simple de les détruire en quelques séances d'étincelage qui devient alors l'arme de choix.

Il peut y avoir doute sur la nature exacte de ces formations. Seule la biopsie donne une certitude, en précisant s'il s'agit d'un tissu de cicatrisation banal par bourgeonnement, ou s'il est constitué par des follicules de Köster.

En quelques semaines, la perforation se trouve réduite à un simple anneau dont les bords sont constitués par un tissu cicatriciel fibreux.

Si, au cours de la cicatrisation, la plaie présente un aspect atone, on peut utiliser, sur les suggestions de Bourgeois, l'imprégnation des tissus en vitamines A et D. Celle-ci est facilement réalisable par applications d'huile de foie de morue vierge et de ses succédanés commerciaux, tel le Novalibut ; mais une infection même légère les rend inefficaces.

b) *L'atteinte septale est proche de la sous-cloison.*

En dehors de cette infiltration localisée au septum, d'autres cas doivent être envisagés.

Le processus lupique, après avoir atteint la cloison, s'étend en bas et en avant jusqu'à intéresser les tissus au voisinage de la sous-cloison.

Il faut se garder d'employer ici la diathermo-coagulation. Le cartilage de soutien de cette région ne résisterait pas à son action en profondeur et se nécroserait. Sa destruction entraînerait une déformation de la base de la pyramide nasale « en bec de perroquet », dont l'aspect particulièrement inesthétique est familier à ceux qui ont fréquenté l'hôpital St-Louis.

Seul l'étincelage peut être appliqué sans danger à de telles lésions.

CAS SPÉCIAUX.

Les localisations particulièrement fréquentes à la tête du *cornet inférieur* et celles qui siègent sur le *plancher des fosses nasales*, doivent être traitées par la diathermo-coagulation monopolaire à l'antidérapante, puis étincelées au cours de vérifications ultérieures après la chute de la première escarre de D. C.

Un épiphora, une atteinte des voies lacrymales, doivent toujours faire examiner le méat inférieur ; les végétations ou les simples nodules qu'on y découvre souvent difficilement, sont traités par étincelage. Une application de diathermo-coagulation pourrait entraîner une sténose de l'orifice inférieur du canal lacrymo-nasal.

Enfin, à côté des lésions circonscrites qui nous occu-

pent surtout, il est fréquent de constater des lésions aberrantes ou même tout à fait disséminées et diffuses : soit sous l'aspect de formations nodulaires, soit sous forme de petites végétations que l'on doit rechercher dans l'angle rentrant du vestibule et à l'union du plancher et de la cloison.

L'étincelage est, là encore, le traitement de choix en permettant la destruction de chacune de ces lésions successivement pendant quelques secondes.

L'escarre obtenue est blanchâtre, superficielle et s'élimine très rapidement.

Au bout d'une semaine, on peut faire une nouvelle application, alors que la chute de l'escarre due à l'action de la diathermo-coagulation obligerait à attendre beaucoup plus longtemps.

On voit donc, dans le cas spécial du lupus endonasal, la remarquable souplesse d'adaptation des deux méthodes d'application des courants de haute fréquence ; elles se complètent en gardant l'une et l'autre leurs indications particulières.

Généralisation et propagation à la peau des lésions endo-nasales

LES SOINS PRÉ-OPÉRATOIRES.

Nous avons vu dans un précédent chapitre, les rapports étroits qui unissent lupus pituitaire et lupus cutané, l'intérêt aussi de traiter parallèlement ces deux localisations.

Il convient de remarquer que les manifestations

cutanées sont souvent les premières manifestations cliniques et que seule une rhinoscopie systématique permet de découvrir une atteinte endo-nasale discrète ou même manifeste.

En présence de lésions lupiques circonscrites, l'idéal thérapeutique consiste en une coagulation massive de celles-ci, véritable exérèse que l'on peut comparer à une intervention chirurgicale ; mais le bon résultat, proche ou lointain, de cette dernière nécessite, non seulement une habileté technique indispensable, que seule permet une grande expérience, mais encore une préparation soigneuse du malade, des soins post-opératoires minutieux pour éviter les conséquences de l'infection.

Nous avons vu les soins qu'exige la désinfection des fosses nasales.

Pour ce qui est des manifestations cutanées, le *facteur infectieux* joue également un rôle important.

Dans le cas de « *lupus non excedens* », l'infection secondaire est un facteur important qui favorise l'apparition de l'ulcération tardive.

Plus souvent, elle aboutit à l'aspect du *lupus impétiginisé*, où s'observent des pustules, qui après leur rupture recouvrent la surface lupique de croûtes plates et rocheuses, parfois rupioïdes.

La rapide extension du « *lupus vorax* » s'explique facilement grâce à l'action des germes pyogènes ; dans les formes fongueuses, il existe une véritable suppuration.

Les agents responsables sont avant tout le staphy-

locoque et le streptocoque. Les fréquentes poussées lymphangitiques qui émaillent l'évolution du lupus cutané nasal ou de la face, sont plus en rapport avec les germes pyogènes qu'avec le bacille de Koch.

On conçoit donc qu'en pratique, il est particulièrement important de n'intervenir qu'à l'abri de toute flore microbienne.

De la sorte, on est assuré de réduire au minimum les suites post-opératoires. Fait particulièrement intéressant, la qualité de la cicatrice, et partant, la perfection du résultat esthétique, sont en rapport direct avec la propreté des lésions traitées.

Quarante-huit heures, en moyenne, avant l'intervention, et au besoin plusieurs jours avant, si les phénomènes infectieux sont importants, il est conseillé de faire des pulvérisations sur la région à traiter. Grâce à l'appareil de Lucas-Championnière, on pulvérise une solution d'eau d'Alibour faible, étendue de quatre fois son volume d'eau.

Pour être profitable, la séance doit se prolonger vingt minutes ou une demi-heure.

Pendant la nuit, on étend à la surface des lésions une pommade antiseptique, telle que celle-ci prescrite par Fouquet :

So ⁴ Cu	0,20
So ⁴ Zn	0,15
ZnO	3 gr.
Lanoline.	5 gr.
Vaseline	25 gr.

De plus, la chimio-thérapie par les dérivés azoïques constitue incontestablement un bon moyen de lutter contre les infections même locales, en raison du rôle prépondérant qu'y joue le streptocoque. Certains auteurs emploient pendant cette véritable période pré-opératoire, le Rubiazol à la dose journalière de 1 à 2 grammes (Levaditi et Vaisman).

La levure de bière, la vaccinothérapie, peuvent rendre des services si le staphylocoque est en cause (Terracol).

Par contre, les méthodes de choc par vaccins anti-pyogènes doivent être rejetées en raison de l'état habituel d'hypersensibilisation très spécial au terrain sur lequel évolue le lupus.

Grâce à cet ensemble de soins pré-opératoires, on arrive à une régression rapide des phénomènes d'ordre inflammatoire et on est assuré d'intervenir dans les conditions les plus favorables.

Technique de l'intervention sur les lésions mixtes cutané-muqueuses.

A la lumière des nombreux cas traités et suivis dans le service du Docteur Bouchet, l'idéal semble être la destruction complète et rapide des lésions lupiques, en une seule séance.

L'électro-coagulation, méthode très douloureuse lorsqu'on l'applique aux lésions cutanées, où l'anesthésie locale est difficilement réalisable, justifie l'emploi de l'anesthésie générale.

Nous avons vu les raisons qui doivent faire préférer aux méthodes d'inhalation, d'autres modes d'administration, en particulier, la voie intra-veineuse, par l'emploi d'Evipan sodique.

Sitôt après l'injection, on entreprend la destruction des lésions.

Les lésions endo-nasales sont abordées en premier lieu suivant la technique exposée plus haut, nous n'y reviendrons pas. Aussitôt après, dans la même séance, on entreprend la destruction des lésions cutanées.

Plusieurs cas sont à envisager :

a) *Lésions cutanées envahissantes de la pyramide nasale et limitées à elle seule.*

L'infiltration lymphangitique simple du lobule du nez et de l'extrémité de la pyramide si fréquemment observée, a tendance à régresser d'elle-même après destruction des lésions pituitaires. Elle doit être distinguée des lésions lupiques proprement dites; la propagation de l'infection de la pituitaire à la peau a pu se faire, soit de proche en proche par continuité cutané-muqueuse, soit par les fentes lymphatiques qui font communiquer les réseaux muqueux et cutanés.

Si les lésions sont confluentes, la diathermo-coagulation permet une destruction massive dont la réalisation n'est possible que chez un malade endormi.

Elle se fait en deux temps :

Après désinfection à l'alcool iodé, on procède à la création d'une barrière protectrice qui bloque les lymphatiques. Pour cela, la lésion est circonscrite en employant la diathermo-coagulation monopolaire à

la pointe, dont les applications doivent être assez rapprochées, et faites à une distance de quelques millimètres des bords de la plaque, en peau saine.

Dans un deuxième temps, on détruit la lésion cutanée elle-même, située dans l'aire de la couronne que l'on vient ainsi de dessiner.

L'objectif du traitement est l'attaque des lésions en profondeur, que seule la diathermo-coagulation en masse permet d'obtenir.

On emploie la boule ou l'antidérapante en monopolaire que l'on applique successivement sur toute la surface des lésions ; le développement d'un coagulum d'aspect blanchâtre guide l'opérateur.

Ce procédé s'applique très facilement à la partie charnue de la pyramide nasale ; mais des raisons de siège l'interdisent, là où une perte de substance importante doit être évitée.

Si les lésions lupiques infiltrant la sous-cloison, ou si elles sont proches des cartilages alaires, seul l'étiocelage est indiqué en raison de son mode d'action superficiel ; il en est de même pour le traitement des lésions localisées au pourtour des orifices narinaux, que l'emploi de la diathermo-coagulation risquerait de sténoser.

b) *Lésions cutanées étendues et végétantes, mais circonscrites.*

Des saillies molles, végétantes, des ulcérations cratériformes en recouvrent la surface et augmentent le volume de la pyramide nasale.

L'infection est ici constante, et il convient de la combattre grâce aux soins exposés plus haut.

La technique opératoire doit être mixte.

I. — Après avoir, comme dans le cas précédent, créé par diathermo-coagulation périphérique, un barrage lymphatique, on fait un curettage qui a pour but de débarrasser la surface lupique des fongosités et du tissu exubérant.

Des curettes plus ou moins fines, depuis la curette de Volkmann jusqu'à celle de Vidal, peuvent être utilisées. On est frappé, au cours de cette manœuvre, par la sensation tactile de friabilité des tissus malades, en rapport avec la profondeur de l'infiltration, elle contraste avec la résistance du tissu sain.

II. — Après avoir ainsi abrasé la surface malade, on réalise, comme dans le cas précédent, la diathermo-coagulation en masse des lésions lupiques à l'antidérapante ou à la boule, en monopolaire, si le siège des lésions autorise une action en profondeur. Mais si les lésions reposent à proximité des cartilages de la pyramide, qui pourraient se nécroser, seule l'E. F. peut être employée sans danger, ou la diathermo-coagulation bipolaire, à la condition qu'elle ne soit utilisée que sous faible intensité.

c) Il existe une réaction ganglionnaire manifeste, qui entraîne des lésions cutanées à distance.

Dans 45 % des cas, la réaction ganglionnaire est perceptible cliniquement sous forme de nodosités indolores, enchassées dans les tissus.

Nous n'avons en vue que le traitement des cas où la peau, après s'être ramollie a fini par s'ulcérer à leur niveau. Ces phénomènes ganglionnaires sont souvent apparus rapidement après un traitement intempêtif, tel qu'une intervention sanglante sur le foyer endo-nasal.

Les localisations électives de ces lésions ont été décrites par Caboche, dès 1906, et reprises depuis dans un grand nombre de travaux. Ainsi, les faits cliniques montrent que le siège électif des atteintes cutanées dues à une propagation lymphatique, est en rapport immédiat avec celui des ganglions les plus fréquemment atteints : les ganglions sous-maxillaires et sous-mentaux, ceux qui se trouvent au niveau de la pommette (ganglions sous-orbitaires), sur la face externe du buccinateur (ganglion naso-génien) et sur la face externe de la branche montante du maxillaire inférieur.

L'étude de l'anatomie des lymphatiques des fosses nasales (Rouvière) fait admirablement comprendre la voie suivie par l'infection à point de départ pituitaire.

Le traitement de ces lésions cutanées ulcérées de la face, ne peut être réalisé d'une façon satisfaisante, que grâce à une diathermo-coagulation massive faite en même temps que celle des lésions nasales.

Après avoir circonscrit la zone ulcérée, en peau saine, de préférence en bipolaire, ou encore en monopolaire à la pointe, on attaque la lésion elle-même par la diathermo-coagulation monopolaire à l'anti-

dérapante ou à l'électrode en boule dont l'action précise permet de ne pas créer une perte de substance trop considérable.

La possibilité de traiter, comme nous venons de le voir, en une seule séance, des lésions cutanées étendues et multiples telles qu'on les observe chez les malades vus tardivement, parallèlement aux lésions endo-nasales, n'est pas un des moindres avantages de l'anesthésie générale.

SOINS ET SUITES POST-OPÉRATOIRES.

Sur les lésions cutanées électro-coagulées, on applique immédiatement après cette destruction complète, un pansement gras aseptique, tels le tulle gras Lumière, la gaze néolée, en faisant en sorte de recouvrir la totalité des zones sur lesquelles on est intervenu, tout en laissant libres les orifices narinaux.

Nous ne reviendrons pas sur les soins que comportent les localisations pituitaires.

Il est préférable de laisser en place le plus longtemps possible le premier pansement, en moyenne 48 heures, sous le couvert d'une surveillance attentive ; le but de cette dernière est de rechercher les deux indications à vérifier l'état des lésions : l'apparition de la fièvre, ou celle d'une odeur fétide de la plaie ; l'une et l'autre trahissent l'infection qu'il faut combattre rapidement.

Les malades traités dans le service restent, en général, deux jours sans que soit renouvelé le premier pansement gras.

Lors de ce premier examen, l'aspect des lésions est presque toujours impressionnant, par suite de l'importance de la perte de substance qui creuse les téguments en profondeur. L'aspect de la vaste escarre blanchâtre, sanieuse, ne l'est pas moins, d'autant que celle-ci est souvent sertie par une infiltration des téguments voisins.

Il faut lutter contre cette légère réaction inflammatoire, comme pendant la période pré-opératoire, par des pulvérisations répétées deux fois par jour, de la solution d'eau d'Alibour faible, étendue de quatre fois son volume d'eau ainsi que par l'application, pendant la nuit, de la pommade antiseptique dont la formule a été donnée au cours de l'exposé des soins pré-opératoires.

Nous croyons avoir montré l'importance de la lutte contre l'infection qui permet d'obtenir une cicatrisation plus rapide, et d'espérer une cicatrice de meilleur aspect.

Après la chute de l'escarre, la réparation se fait très lentement, et ce n'est que peu à peu, et toujours beaucoup plus tard, qu'il est permis de se faire une opinion sur le résultat définitif. L'observation de l'aspect des lésions que permet toutes les quarante-huit heures, le renouvellement des pansements, montre un comblement progressif de la plaie.

L'épidermisation se fait par prolifération des couches profondes du derme, grâce à un processus de bourgeonnement charnu, finement granuleux, et en général, sans que les bourgeons soient exubérants.

Cet aspect est facilement distingué de la prolifération du tissu lupique que n'aurait pas détruit une électro-coagulation, insuffisante en certains points. Au moindre doute, il est facile de faire le diagnostic, grâce à une biopsie.

La cicatrice, d'abord déprimée par rapport aux téguments avoisinants, devient peu à peu de niveau avec eux, puis elle s'aplanit et s'assouplit.

En six semaines environ, l'épiderme s'est régénéré et son aspect s'améliore d'une façon surprenante. La cicatrice apileuse se modifie, sa teinte se rapproche de celle de la peau saine ; la transformation chéloïdienne est rare.

Ce que nous venons de décrire a trait aux lésions électro-coagulées. Quant à celles où l'étincelage a suffi, la cicatrice définitive, après chute rapide d'une escarre superficielle, est exempte de rétractibilité, remarquablement souple, elle se distingue à peine de l'aspect des téguments voisins.

Ainsi, le grand avantage des procédés thérapeutiques dérivant de l'utilisation des courants de haute fréquence, la diathermo-coagulation surtout, résident en la certitude qu'ils donnent de se rendre maître en une seule séance des lésions lupiques pituitaires ou cutanées.

Mais une surveillance attentive reste la condition indispensable de la guérison définitive ; le malade doit être revu périodiquement, tous les mois, par exemple, de la sorte les récidives peuvent, sitôt qu'elles se produisent, être traitées sans retard.

Endo-nasales, elles se présentent sous forme de granulations roses pâles, indolores, saignant légèrement au contact, elles donnent à la muqueuse un aspect tomenteux, mamelonné ; à un degré de plus, on découvre de petites végétations d'aspect papillomateux, de consistance mollassse.

Il existe des zones électives où doivent être recherchées plus spécialement les récidives : la tranche de la perforation septale, en haut et en arrière surtout, l'angle de la cloison et du plancher, la tête du cornet inférieur, l'angle rentrant antérieur du vestibule narinaire.

Le traitement de choix de ces lésions peu importantes est l'étincelage ; de véritables retouches locales peuvent s'échelonner au cours de plusieurs séances de révision.

Si les récidives sont plus profondes, on peut les détruire par diathermo-coagulation à la pointe en monopolaire ; une bonne anesthésie locale est alors suffisante.

On peut aussi avoir recours à des cautérisations chimiques, comme traitement adjuvant. De bons résultats sont obtenus par attouchements des lésions cutanées au chlorure de zinc après anesthésie au Bonain.

Le chlorure de zinc est utilisé sous forme d'une solution alcoolique très concentrée :

Zn Cl ²	8 grammes
Alcool à 90°	20 grammes

qui attaque très rapidement les lésions et provoque la formation d'une escarre.

On vient rapidement à bout des petites récidives en répétant ces cautérisations chaque semaine, ou tous les quinze jours, suivant les cas.

Au cours de ces séances de révision, la peau de la pyramide nasale est examinée attentivement, plus spécialement dans l'aire de la cicatrice, ou à son voisinage.

Une récurrence locale, même minime est ainsi facilement dépistée, elle se manifeste au début par un petit nodule plan ou légèrement saillant, qui n'est autre que la lésion élémentaire du loup.

Le meilleur argument diagnostique est fourni par l'épreuve de la vitro-pression, qui efface la teinte rouge ou rose, de nature congestive, et ne laisse subsister, se détachant sur la peau de couleur porcelainique, qu'une petite tâche brunâtre, d'aspect translucide et vitreux, que l'on a comparée à du « sucre d'orge ».

De la même façon que pour les lésions muqueuses, on attaque ces récidives par étincelage ou diathermo-coagulation monopolaire, après anesthésie au Bonain.

On peut aussi, comme dans le cas précédent, cautériser à l'aide de $Zn\ Cl^2$ alcoolique. Il est intéressant de remarquer que le tissu lupique est attaqué de façon élective et la teinte blanche qu'il prend, après attouchement par le caustique, le distingue immédiatement de la peau saine dans laquelle il s'enchéasse.

TRAITEMENT GENERAL

Le traitement local du lupus nasal ainsi conduit, a véritablement transformé son pronostic, si grave au point de vue esthétique, par les déformations hideuses qu'il entraîne s'il est livré à lui-même. Mais, il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'une tuberculose, donc d'une affection générale.

Considérant la question sous l'angle pathogénique, certains auteurs regardent le lupus comme la résultante d'une lutte entre un bacille plus ou moins virulent et un terrain plus ou moins résistant et susceptible de se modifier suivant les circonstances. Ceci expliquerait que le lupus, bien qu'affection atténuée, soit si désespérément tenace et récidivant.

Aussi, a-t-on songé, grâce à une médication générale à modifier le terrain pour en accroître la résistance.

Parmi les diverses méthodes employées, les unes tendent à créer, soit une immunisation passive en utilisant les produits biologiques préparés avec le bacille de Koch, telle la sérothérapie, soit une immunisation active par des injections de dilution très faible, mais progressivement croissantes de tuberculiné (Darier).

D'autres auteurs attribuent des succès à l'emploi de l'allergine de Jousset, ou d'antigène méthylique.

A côté de ces méthodes biologiques, d'autres utilisent l'action des sels d'or ou d'agents chimiques.

Certains résultats semblent avoir été obtenus grâce à l'alternance de périodes où l'on administre des séries de sels d'or avec d'autres pendant lesquelles on soumet les malades à un régime spécial, du type Gerson-Sauerbruck. L'huile de foie de morue a été également utilisée en injections intra-musculaires.

Ces médications générales qui, dans tous les cas, sont un utile complément du traitement local, sont considérées par certains auteurs, comme devant prendre le pas sur lui, dans un avenir plus ou moins proche ; mais actuellement, la thérapeutique locale garde la première place.

Il va sans dire, que chaque fois que cela sera possible, on fera bénéficier ces malades de l'action favorable d'une cure climatique ou de l'héliothérapie, mais en raison de l'état allergique du terrain, ces adjuvants thérapeutiques ne se conçoivent que sous le contrôle d'une surveillance médicale vigilante.

OBSERVATIONS

*dues à l'obligeance du Docteur Fouquet et provenant
du service du Docteur Bouchet, à l'Hôpital Saint-
Louis.*

OBSERVATION I

Mme V..., 32 ans, vient consulter en juillet 1937, dans le service, pour des troubles de la phonation, pour lesquels elle avait, depuis un an, épuisé des thérapeutiques multiples.

L'examen montre une grosse infiltration ulcéro-végétante du septum, et une atteinte cutanée non ulcérée de la narine droite.

D'autre part, le miroir laryngoscopique fait découvrir des végétations sur le bord libre de l'épiglotte et une infiltration localisée à l'arythénoïde gauche.

Après une désinfection soigneuse des fosses nasales, on pratique sous anesthésie locale au Bonain, une D. C. massive du septum en monopolaire à l'antidérapante, qui a pour effet de créer une perforation peu importante.

Après chute de l'escarre, au bout de 18 jours, on complète par E. F. la destruction des formations lupiques restantes et on traite également par E. F. les lésions laryngées.

Au bout d'une quinzaine de séances, espacées d'une semaine environ, on peut considérer les lésions endonasales comme éteintes, mais les lésions endolaryngées

sont encore en évolution et de nouveau traitées par une série d'une dizaine de séances, jusqu'en mars 1938.

La malade n'est revue qu'au bout de neuf mois, en janvier 1939, présentant des lésions lupiques nasales cutané-muqueuses assez étendues, intéressant l'aile du nez à droite, l'angle interne de la narine gauche, la lèvre supérieure du côté gauche et le plancher de la fosse nasale de ce même côté. Devant l'importance de cette récursive, une véritable intervention chirurgicale diathermique s'impose.

Après mise en œuvre d'un traitement anti-infectieux local par pulvérisations et pommades, le 26 janvier, le Docteur Fouquet pratique sous anesthésie générale à l'Evipan sodique : 1° un curettage des lésions proliférantes de la lèvre supérieure, du plancher à gauche et de l'aile du nez à droite ; 2° Un barrage lymphatique en peau saine à la périphérie des lésions au moyen de la D. C. bipolaire avec l'électrode antidérapante.

Chute de l'escarre au bout de 20 jours. Application d'un pansement au tulle gras.

La dernière fois que nous avons revu cette malade, les lésions cutanées étaient en voie d'épidermisation, les lésions endonasales cicatrisées.

OBSERVATION II

Mlle De..., 26 ans. Lupus cutané-muqueux nasal évoluant depuis 1932, parallèlement à des lésions du voile du palais de la voûte palatine et du rebord alvéolaire inférieur.

Traitée en ville par diathermo-coagulation, sous anesthésie locale, en mars 1936, la malade est vue en février 1938 à l'Hôpital Saint-Louis.

La pyramide nasale est en partie amputée, mais les lésions ne paraissent pas évolutives; par contre, les lésions du voile, du rebord alvéolaire et de la lèvre inférieure ont subi une extension récente et sont traitées par des séances répétées d'E. F.

En décembre 1938 on constate une reprise évolutive des lésions nasales qui semblaient stabilisées. On propose à la malade, qui l'accepte, une large intervention sur le foyer nasal.

Après pulvérisations à l'eau d'Alibour faible et application de pommades, le Docteur Fouquet pratique, le 21 décembre, *sous anesthésie générale* à l'Evipan, une diathermocoagulation massive des lésions cutanées : 1° un barrage lymphatique périphérique à la pointe, d'abord; 2° une destruction des lésions en monopolaire à l'antidérapante. En raison de l'importance de ces lésions cutanées, le traitement endo-nasal doit être remis à une séance ultérieure. Pansement au tulle gras.

Le 10 janvier, *sous anesthésie générale* également, nouvelle D. C., mais cette fois des lésions endonasales.

Après un curettage dont le but est de débarrasser les fosses nasales du tissu lupique exubérant qui les encombre, on réalise une électro-coagulation massive des lésions siégeant, en particulier, au voisinage d'une perforation septale déjà existante.

Dans la quinzaine qui suit, nous assistons à l'élimination des tissus nécrosés, suivie d'une perte de substance assez importante.

La cicatrisation des lésions exo et endonasales se fait de façon parallèle.

En février 1939, il n'y a rien à signaler d'anormal au niveau de la cicatrice, mais les lésions buccales encore évolutives doivent être traitées.

OBSERVATION III

M. M..., 42 ans. Ce malade, vu en avril 1938, présente à l'aile du nez, du côté gauche, une lésion évoluant depuis un an; il s'agit d'une ulcération assez étendue dont le fond est recouvert de fongosités et de formations proliférantes.

Il n'existe pas de lésions endonasales macroscopiques; c'est pourquoi, le doute subsistant quant à l'étiologie, une biopsie de la lésion est faite le 23 avril : l'examen histologique éliminant l'idée d'un épithélioma, conclut à son origine tuberculeuse.

Après le traitement d'usage de l'infection secondaire, ici manifeste, on fait, le 24 mai, *sous anesthésie générale*, à l'Evipan, une séance de diathermie chirurgicale comportant un barrage lymphatique périphérique en bipolaire, suivi d'une destruction en totalité de la zone circonscrite, en prenant soin de ne pas atteindre le cartilage alaire.

Le malade est admis pendant quelques jours dans le service, où il est pansé au tulle gras.

En quelques semaines, après chute de l'escarre, régénération de tout l'épithélium de revêtement.

Au bout de six mois, deux petits nodules récidivants situés au bord supérieur de la narine et à son angle postérieur sont détruits par étincelle froide en une seule séance.

En février 1939, la cicatrice reste satisfaisante; le malade peut être considéré comme guéri.

OBSERVATION IV

Mlle He..., 22 ans. Lupus pituitaire bilatéral datant de quelques mois; forme cutanéomuqueuse, ulcéro-

végétante; malade envoyée par un service de dermatologie de l'Hôpital Saint-Louis et vue le 31 mars 1938 dans le service du Docteur Bouchet. Pendant quelques jours on traite l'infection secondaire par pulvérisations et application de pommades.

Le 4 juin 1938, *sous anesthésie générale* à l'Evipan sodique, on opère une destruction en masse des lésions endo et exo-nasales, en une seule séance, par diathermo-coagulation en monopolaire après barrage lymphatique périphérique en bipolaire.

Pansement au tulle gras renouvelé au bout de quarante-huit heures.

Après chute de l'escarre, la destruction des formations lupiques semble complète; la cicatrisation est satisfaisante, légèrement chéloïdienne.

OBSERVATION V

Mme K..., 22 ans. A présenté, il y a huit ans, un bourgeon polypeux de la fosse nasale gauche, qui se manifestait par une gêne respiratoire progressive et des hémorragies répétées.

Cette petite tumeur implantée sur la face gauche de la cloison, est enlevée au serre-nœud, en ville.

Deux mois après apparaît une lésion cutanée de l'extrémité de la pyramide nasale, non ulcérée, qui est traitée par galvano-cautérisation, sans que soient faits examen et traitement des lésions endo-nasales.

Après une amélioration passagère, la malade consulte à l'Hôpital Saint-Louis pour une prolifération des lésions cutanées endo-nasales se manifestant par une gêne respiratoire marquée.

Le 18 octobre 1938 le Docteur Fouquet fait, *sous anesthésie générale* à l'Evipan, une électro-coagulation des grosses lésions infiltrantes siégeant sur les deux ailes

du nez, à l'extrémité de la pyramide nasale et au-dessus de la lèvre supérieure. Créant d'abord en peau saine, autour des lésions cutanées, un barrage périphérique par la D. C. en bipolaire, il exécute ensuite une destruction en masse des lésions elles-mêmes par D. C. en monopolaire. Quelques nodules localisés au septum sont également détruits en monopolaire.

Après la chute de l'escarre, au bout de trois semaines, quelques nodules cutanés et pituitaires voisins de la sous-cloison persistent, ceux-ci sont étincelés le 6 décembre 1938.

Malgré ce traitement énergique de la première séance, il faut, pour se rendre maître de nouvelles récides apparues deux mois après, intervenir une deuxième fois le 11 janvier, *encore sous anesthésie générale*. Pendant cette séance, on coagule des lésions récidivantes de la pyramide et une lésion nouvelle, apparue sur la joue gauche.

Lors du dernier examen pratiqué en mars 1939, il ne persiste que des lésions atténuées à l'angle interne du vestibule, prolongées par une cicatrice non rétractile vers la lèvre supérieure, à gauche de la ligne médiane.

L'amélioration est particulièrement nette au niveau de la pyramide nasale, dont la teinte est légèrement plus rouge que celle de la peau saine. La malade a repris du poids, elle est suivie régulièrement tous les mois.

OBSERVATION VI

Mme J..., 39 ans. Lupus cutanéomuqueux remontant à vingt ans environ, pour lequel ont été mis en œuvre des traitements multiples.

Sur les lésions cutanées narinaires sont pratiquées des scarifications qui semblent en avoir stabilisé l'évolution pendant plusieurs années.

En 1935 apparaît de l'épiphora du côté gauche, puis une atteinte de la luette, qui s'étend ensuite au voile du palais.

Peu après, l'extension des lésions endo-nasales provoque, par destruction de la sous-cloison, une chute de la pointe de la pyramide (déformation en bec de perroquet).

La malade est vue en janvier 1937 par le Docteur Fouquet : il pratique, sous anesthésie locale par cocaïne adrénalinée et Bonain, une diathermo-coagulation des lésions endo-nasales, siégeant au tiers antérieur du septum au pourtour d'une perforation déjà existante. Puis il détruit les formations nodulaires siégeant sur la tête des deux cornets inférieurs, la luette et l'hémipharynx gauche.

Pendant ce temps et de façon simultanée, les lésions cutanées sont traitées par le Docteur Meyer, dans le service du Professeur Gougerot, par des séances répétées de finsentherapie.

Les lésions nasales cutanées et muqueuses semblent en voie de guérison à la suite de ce traitement, mais il existe une sténose, ou plutôt une véritable tunnélisation des orifices narinaires. Par contre, les lésions buccales sont loin de présenter une évolution aussi favorable, elles s'étendent au voile, puis gagnent la muqueuse de la voûte du palais. Celle-ci se trouve couverte de formations nodulaires rosées, séparées par des sillons qui donnent à l'ensemble l'aspect mammelonné tout à fait caractéristique du lupus. Ces lésions sont traitées à leur tour en octobre 1937.

Malade revue en mars 1939 : l'état endo-nasal est satisfaisant; il en est de même pour les lésions cutanées, mais la luette a disparu en totalité; les lésions de la voûte palatine ne sont pas encore éteintes. La malade est en cours de traitement.

OBSERVATION VII

Mme W... Lucie; 51 ans. Envoyée par un service de dermatologie pour vérification de son état endonasal, cette malade présentait, depuis une dizaine d'années, un lupus pituitaire dont le début avait été marqué par des épistaxis, qui avait été traité par des pommades variées.

Cinq ans après ce début apparent, atteinte de la peau sous la forme intéressant la pommette gauche, au niveau du ganglion génien : de simples « boutons » qui ne tardent pas à s'ulcérer.

Cette localisation cutanée dont l'évolution était restée longtemps stationnaire s'est nettement étendue depuis quelques mois.

Nous voyons la malade dans le service du Docteur Bouchet, le 1^{er} mars 1939. Les lésions endonasaes sont manifestes : de type ulcéro-gommeux, infiltrant le septum cartilagineux qui ne présente pas de perforation. Il existe quelques nodules sur le cornet inférieur gauche. D'accord avec le dermatologiste, on entreprend le traitement de ces lésions.

Après avoir détergé les croûtes et effectué une bonne anesthésie par cocaïne-adréralinée, puis attouchement au Bonain, on pratique un barrage périphérique en bipolaire, puis une coagulation en masse avec l'électrode antidérapante en mono-polaire. Les lésions du cornet inférieur sont détruites à la pointe.

Pansement à l'huile de foie de morue.

La chute d'une large escarre au bout de dix-huit jours laisse une perforation septale importante.

Il suffit d'une simple retouche locale, le 22 mars, pour détruire par E. F. les quelques formations nodulaires sur la tranche de la perforation septale.

L'ulcération du ganglion génien est traitée par scarifications dans le service de dermatologie qui a envoyé la malade.

Revues en fin mars, les lésions pituitaires et cutanées sont les unes et les autres en voie de guérison.

OBSERVATION VIII

Mme So..., 36 ans. Lupus pituitaire du côté gauche avec envahissement cutané intéressant l'aile du nez du côté gauche et la pointe de la pyramide nasale.

En 1935 cette malade est soumise régulièrement, dans le service du Professeur Gougerot, à des séances de finsentherapie appliquées sur ses lésions cutanées, tandis que les lésions endonasales sont électro-coagulées en une séance.

Adressée en 1937 dans le service du Docteur Bouchet pour vérification de l'état de la muqueuse, une rhinoscopie attentive découvre du côté gauche des formations végétantes, rougeâtres, siégeant au tiers antérieur du septum et sur le cornet inférieur.

Après une préparation de quelques jours, qui permet une désinfection des lésions, on détruit celles-ci sous anesthésie locale, le 23 mars, par D. C. en monopolaire, en maintenant l'antidérapante assez superficielle; les lésions relativement peu profondes sont détruites en totalité sans qu'il soit besoin de perforer la cloison.

Ce fait est confirmé par les examens successifs répétés tous les trois mois, tandis que les lésions cutanées traitées dans le service de dermatologie présentent une amélioration simultanée.

Nous avons revu la malade au bout de deux ans, en février 1939 : il n'existe pas de récives endonasales, les lésions cutanées sont éteintes, la cicatrice est remar-

quablement souple, non rétractile, de coloration sensiblement normale.

OBSERVATION IX

Mme P..., 38 ans. Lupus pituitaire bilatéral dont le début remonte à treize ans.

Les lésions endonasales sont des types végétant et infiltrant sur le tiers antérieur du septum ; du type nodulaire sur la tête du cornet inférieur droit.

Le Docteur Fouquet pratique à l'Hôpital Laënnec, en 1928, une diathermo-coagulation monopolaire massive des lésions après création d'un barrage lymphatique, en créant volontairement une perforation septale.

Après pansements à l'aide de mèches imbibées d'huile antiseptique, et la chute de l'escarre au bout de vingt jours, des retouches locales sont faites par E. F. pendant trois séances sur des lésions pituitaires récidivantes, mais peu importantes.

La malade est suivie régulièrement jusqu'en 1934, puis perdue de vue. Examinée à nouveau en mars 1939, elle ne présente plus ni lésions cutanées, ni lésions endonasales en évolution.

La cicatrice narinaire est très souple et légèrement blanchâtre. La tranche de la large perforation septale est transformée en un anneau scléreux, de bon aloi, indemne de toute formation lupique.

OBSERVATION X

Mme L..., 50 ans. Malade vue le 10 janvier 1939, à la suite d'une poussée datant de quelques semaines, d'un lupus dont le début remonte à plusieurs années et traité par pointes de feu au thermocautère.

A l'examen : une infiltration cutanée, rouge, d'aspect lymphangitique, intéressant l'extrémité de la pyramide nasale et l'aile du nez du côté gauche, mais pas de nodules lupiques visibles à la vitro-pression.

La rhinoscopie montre une infiltration diffuse du septum prédominant à son tiers antérieur et recouverte de croûtes; lésions bourgeonnantes d'un saignement facile au contact.

Le jour même, sous anesthésie locale, on pratique une diathermo-coagulation en monopolaire, la pointe étant maintenue assez superficielle. Des pansements gras à l'huile de foie de morue sont prescrits, puis des bains nasaux. En raison du peu de profondeur des lésions, on a pu éviter de créer une perforation septale.

Trois semaines après, l'escarre s'étant éliminée la veille, quelques nodules restants sont traités par une nouvelle D. C. en monopolaire.

Fait intéressant, huit jours après la première application, les lésions cutanées de la pyramide sont en voie de nette régression; après la deuxième, toute l'infiltration lymphangitique a disparu; la peau a repris une coloration sensiblement normale.

Trois cautérisations au chlorure de zinc, faites à huit jours d'intervalle, achèvent de détruire quelques formations discrètes, siégeant à la jonction cutanéomuqueuse.

La malade est revue le 15 mars, toutes les lésions sont éteintes. Nous rapportons cette observation pour montrer la disparition de l'infiltration de la pyramide, à la suite du seul traitement des lésions pituitaires.

OBSERVATION XI

Mme G..., 36 ans. Cette malade a été atteinte en 1933 d'une tumeur blanche du genou, traitée à Berck par résection.

En 1936 apparaît un lupus pituitaire du côté droit, dont les lésions sont brûlées au thermocautère.

Quelques mois après apparaissent à leur tour des nodules cutanés, qui s'étendant assez rapidement, gagnent de proche en proche l'aile du nez, puis l'arête de la pyramide à son tiers moyen.

Vue par le Docteur Fouquet en décembre 1937, la malade présente alors des nodules lupiques disséminés sur le septum, la tête du cornet inférieur droit, et un nodule isolé sur le cornet inférieur gauche.

La diathermo-coagulation, en monopolaire, des lésions, peut s'effectuer sous anesthésie locale.

Des séances d'E. F., répétées tous les quinze jours pendant trois mois et complétées par des attouchements au chlorure de zinc, achèvent de détruire les quelques formations restantes.

En juillet 1938, quelques nodules cutanés récidivent, disposés en rhagades au-dessus de la lèvre supérieure; ils sont électrocoagulés, puis détruits au chlorure de zinc.

Depuis cette époque, la malade, régulièrement suivie, n'a été atteinte d'aucune récurrence, tant muqueuse que cutanée.

Revue en mars 1939, elle ne présente aucune lésion en évolution; la cicatrice cutanée, légèrement blanchâtre, est remarquablement souple, sans aucune tendance chéloïdienne.

OBSERVATION XII

Mme Cha..., 23 ans. Le début de l'affection remonte à une dizaine d'années par l'apparition de plusieurs nodules de la grosseur d'un grain de blé à l'extrémité de la pyramide nasale. Cette lésion initiale aurait essaimé, puis se serait ulcérée à la suite d'un traumatisme.

Après un traitement par pointes de feu, elle consulte à l'Hôpital Laënnec où l'on découvre des lésions endo-nasales.

A la suite de cet examen, le Docteur Fouquet pratique une séance de D. C. suivie de plusieurs autres, au cours desquelles est volontairement créée une perforation septale.

La malade est soumise en même temps à un traitement par rayons ultra-violets.

On constate une amélioration rapide des lésions cutané-muqueuses.

Par des applications d'étincelage qu'on espace, bientôt on parvient à obtenir des lésions à évolution très ralentie qui laissent espérer une guérison prochaine.

Malheureusement, par pusillanimité, ou par suite de négligence, la malade cessant de se faire suivre depuis 1930, ne subit en ville que des traitements variés et épisodiques.

Le 7 mars 1939, elle consulte à l'Hôpital Saint-Louis le Docteur Meyer, qui l'adresse au Docteur Fouquet. On constate alors les progrès de l'évolution du lupus au cours des années passées sans surveillance : l'extrémité de la pyramide nasale est en partie détruite, la sous-cloison, le pont cutané à son niveau ont disparu. Ainsi il existe un orifice narinaire unique et les fosses nasales sont unies en un véritable cloaque au fond duquel apparaissent des lésions ulcéro-végétantes qui le comblent. Elles siègent sur le bord à concavité antérieure de la cloison et sur le cornet inférieur droit.

Ce qui reste de la pyramide nasale est très infiltré.

Après une désinfection très soignée des fosses nasales et une cautérisation des végétations exubérantes au $ZnCl_2$ pour dégager la voie d'abord, on pratique, le 16 mars 1939, après anesthésie locale, une D. C. des

lésions localisées au bord antérieur de la partie restante du septum.

D'autres applications doivent être faites.

OBSERVATION XIII

M. He..., 44 ans. Ce malade a ressenti, il y a trois ans environ, une gêne progressive de la respiration nasale, avec sensation de sécheresse de la muqueuse, puis apparaissent des épistaxis.

Le 8 septembre 1937, après avoir suivi un traitement banal, il consulte dans le service.

On constate une petite tumeur rougeâtre implantée sur la cloison et de nature douteuse : une biopsie montre qu'il s'agit d'une « inflammation chronique folliculaire du type tuberculeux ».

Le 15 septembre, par D. C. monopolaire effectuée sous anesthésie locale, le Docteur Fouquet détruit les végétations, leurs implantations septales et crée une perforation.

Une deuxième séance de D. C. achève de détruire les lésions qui siègent au pied de la cloison.

Les granulations lupiques qui persistent au voisinage, surtout en arrière, de la perforation septale et sur le cornet inférieur gauche, sont traitées par des séances d'E. F. répétées une fois tous les quinze jours (dix en tout).

Revu le 6, puis le 28 mai, les lésions paraissent éteintes.

Mais le 23 septembre 1938, il présente un nouveau foyer en évolution sous forme de végétations situées en bas et en arrière, sur la tranche de la perforation.

Nouvelles applications de D. C. le 23 septembre, puis

le 3 décembre, qui laissent les fosses nasales indemnes de toutes lésions.

Le 2 mars 1938, nouvelle récurrence, cette fois à la partie haute de la tranche de la perforation, qu'une seule séance de D. C. sous anesthésie locale détruit en totalité.

Ce malade reste en cours de traitement.

CONCLUSIONS

I. — Les méthodes utilisant les courants de haute fréquence occupent actuellement la première place dans le traitement du *lupus pituitaire*.

La diathermo-coagulation proprement dite s'est doublée de l'utilisation de l'étincelle froide, qui a permis d'accélérer le traitement.

II. — Après avoir utilisé ces procédés en attaquant les lésions d'une façon partielle, au cours de séances répétées, on s'est peu à peu familiarisé avec l'idée que le traitement des lésions *lupiques* devait être réalisé le plus complètement et le plus rapidement possible, au besoin en une seule séance.

III. — Cette intervention visant à obtenir un résultat définitif pour les $\frac{3}{4}$ au moins des lésions, doit être réalisée sous anesthésie générale. La narcose obtenue par l'Evipan sodique est celle qui s'adapte le mieux aux besoins d'une telle intervention.

IV. — Diathermo-coagulation et étincelage de tension sont deux méthodes complémentaires :

La diathermo-coagulation poursuit les lésions en profondeur et les détruit complètement.

L'étincelle froide attaque les lésions superficielles diffuses et permet l'approche d'un cartilage à ménager.

V. — La fréquence de la surinfection des lésions lupiques rend nécessaires des soins minutieux avant et après la destruction des lésions.

VI. — Les médications qui ont pour but l'accroissement de la résistance du terrain, paraissent appelées à prendre une place importante comme complément des méthodes locales de diathermie chirurgicale, mais les résultats obtenus jusqu'ici ne permettent pas de les utiliser seules.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAM (James). — Case of lupus treated by diathermy. (*Journal of laryng. and otol.*, vol. XII, p. 127, 1927.)
- BORDIER. — Diathermie. (Paris, Baillière, 3^e éd., 1927.)
- BERGONIÉ. — Diathermie, applications médicales et chirurgicales.
- BLOCH, CAUSSE, LEMOINE. — Effets comparés de l'étincelle froide et de la diathermo-coagulation dans le traitement d'un lupus nasal cutané. (*Annales O. R. L.*, 1931, p. 687.)
- BORDIER (H.). — Diathermie et diathermothérapie, 4^e éd., 1930 (Baillière, Paris).
- Traitement du lupus par la diathermie. (*Monde Médical*, novembre 1924.)
- Efficacité de la diathermie dans le lupus. (*Journal des Praticiens*, 6 octobre 1928.)
- BOUCHET et FOUQUET. — Indications respectives de l'étincelage de H. F. et de la D. C. dans le traitement du lupus nasal. Résultats récents et éloignés. (*Annales O. R. L.*, janvier 1939.)
- BOURGEOIS (H.) et POYET. — Traitement des sténoses rebelles du nez et du pharynx par la diathermie. (*Revue de Laryngologie* de 1922, p. 883.)
- L'électro-coagulation en O. R. L. (*Annales d'O. R. L.*, 1923, p. 337.)
- L'électro-coagulation en O. R. L. (*Annales d'O. R. L.*, 1925, p. 997.)

- BOURGEOIS, DUTHEILLET DE LAMOTHE, PORTMANN et POYET. — Rapport sur la diathermie en O. R. L. (*Annales O. R. L.*, 1925, pp. 261 à 513.)
- BOURGEOIS et FOUQUET. — Traitement du lupus par l'étincelage. (*Annales O. R. L.*, 1927, p. 847.)
- CABOCHE (H.). — A propos de la tuberculose nasale. Lupus de la pituitaire. (*Annales O. R. L.*, janvier 1906.)
- Tuberculose nasale et méat inférieur. (*Annales O. R. L.*, septembre 1906.)
 - Rôle de la muqueuse pituitaire dans la pathogénie du lupus de la face. (*Annales O. R. L.*, septembre 1907.)
 - Contribution à l'étude de la tuberculose nasale. (*Annales O. R. L.*, octobre 1907.)
 - Traitement du lupus de la pituitaire par l'étincelage de haute fréquence. (*Société O. R. L. des Hôpitaux de Paris*, décembre 1928.)
- DARIER (J.). — Précis de dermatologie (Masson, Paris).
- DIDIER (G.). — L'électro-coagulation dans le lupus des fosses nasales (traitement de choix). (*Journal des Sciences Médicales de Lille*, 28 décembre 1930, p. 529, et *Société Médicale et Anatomoclinique de Lille*, séance du 9 décembre 1930.)
- DRESH (J.). — Cavité nasale, berceau du lupus. (*Annales des mal. de l'oreille, du larynx, etc.*, Paris, 1910, XXXVI, 65-71.)
- DUCOURTIOUX. — De quelques méthodes de traitement du lupus tuberculeux. (*Thèse*, Paris, 1927.)
- DUHEM. — Les nouveautés en diathermie. (*Monde Médical*, janvier 1929.)
- DURIN. — La diathermo-coagulation en dermatologie. (*Thèse*, Paris, 1929.)
- FELDSTEIN. — Le lupus nasal et son traitement. (*Journal des Praticiens*, 10 janvier 1931.)

- FOUQUET. — Lupus du nez étendu cutanéomuqueux en cours de traitement par l'électro-coagulation et l'étincelage. (*Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris*, séance du 18 mars 1935; in *Annales d'O. R. L.*, juin 1935.)
- GIRAudeau. — Traitement du lupus vulgaire par les courants de haute fréquence. (*La Pratique médicale française*, août 1926.)
- GOUGEROT. — Lupus érythémateux, lupus vulgaire. Leur traitement. (*L'Hôpital*, juillet 1925.)
- HALKIN, FRANÇOIS, BEYRI, DE KEYSSER BIZARD, CARLE, JANSION. — L'état actuel du traitement du lupus. *Bruxelles Méd.*, 1926, p. 22.)
- HAMELIN GAPIN (Robert). — La diathermo-coagulation et l'étincelage de haute fréquence dans le traitement du lupus nasal tuberculeux et de ses complications cutanées. (*Thèse*, Paris, 1934.)
- HOULIE. — Présentation de malade atteint de lupus nasal et traité par la diathermie. (*O. R. L. Internationale*, 1927, pp. 63-64.)
- KAPLAN. — Traitement du lupus de la muqueuse des voies aériennes supérieures par l'électro-coagulation. (*V^e Congrès pan-russe O. R. L.*, Moscou, 1927.)
- KISH, HAROLD. — Lupus of the nasal septum. (*Proc. of the royal Soc. of Med.*, mai 1929, novembre 1929.)
- KOHIER. — Traitement du lupus par la diathermo-coagulation. (*Annales O. R. L.*, 1927.)
- LAURENS, AUBRY, LEMARIEY. — (*Précis d'O. R. L.*)
- LEHMANN. — La diathermie et ses applications. (*Bulletin Méd. de Paris*, 1925.)
- LEMOINE. — La diathermie en O. R. L., 2^e éd. (G. Doin et Cie, édit., Paris).
- LEROUX (Robert). — La haute fréquence en O. R. L. (Masson, Paris).

- MAGNUS. — Weitere Erforsungen über Elektrokoagulation von R. L. lupus vulgaris. (*Zentralblatt f. Hals*, Band 15, 1928, p. 282.)
- MARGAROT (J.) et TERRACOL. — Tuberculose et tuberculides nasales. (*Monographies O. R. L. Internationales*, Delmas, édit., Bordeaux, 1938.)
- MARION. — (*Thèse*, Paris, 1928.)
- MARTERET. — Contribution à l'étude pratique de l'électro-coagulation en O. R. L. (*Thèse*, Paris, 1924.)
- MOURE. — Traitement chirurgical du lupus tuberculeux. (*Société Française de Dermat. et Syphiligr.*, 14 juin 1928.)
- NOUILLAC. — Lupus nasal, essai de traitement par le régime de Gerson. Résultats. (*Revue de Laryngologie, d'Otologie et Rhinologie*, N° 10, décembre 1933.)
- RAVAUT. — Le traitement du lupus et des tuberculoses cutanées par la diathermo-coagulation (*III^e Congrès Dermatologie*, Bruxelles, juillet 1926 ; in *Presse Médicale*, 18 août 1926.)
- ROUVIÈRE. — Anatomie des lymphatiques de l'homme (Masson et Cie, éd.).
- SPILLMANN (J.). — Contribution à la thérapeutique du lupus pituitaire et de ses complications par la diathermie chirurgicale. (*Thèse*, Paris, 1930.)
- STRANDBERG (O.). — Rhinolaryngologie lupus vulgaris and its treatment at Finsen Institute of Copenhagen. (*Ugesk. f. Laeger* 99 : 1163-1175, 4 novembre 1937.)
- VIDEBECH (H.). — Considérations sur la pathogénie du lupus nasal. (*Hospi. tid.*, 10 aug. 1937, pp. 891-96.)

